|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Une image contenant texte, clipart  Description générée automatiquement |  |  |  |
| **AMI interrégional 2023 Protéines** | | | |

**PROPOSITION DE PROJET**

*Cases à cocher obligatoirement :*

* *Projet sous confidentialité (communication exclusive aux services des Régions Grand Est, Hauts-de-France, et Normandie)*
* *Projet avec accord de porter à connaissance des différents partenaires du présent AMI (Protéines France)*

|  |  |
| --- | --- |
| Porteur du projet\* : | **NOM de la structure** |
| Personne en charge du projet\* : | Nom |
| Téléphone\*: | Numéro de téléphone |
| Mél\* : | Mél |
| Nom du projet : | **PROJET** |
| Partenaire(s) du projet : | Nom |

|  |
| --- |
| **LISTE DES ELEMENTS A FOURNIR**  **Merci d’envoyer à l’adresse suivante les pièces suivantes :**  [**amiproteines@bioeconomyforchange.eu**](mailto:amiproteines@bioeconomyforchange.eu)   * **Le présent dossier en format Word complété et signé par le représentant légal du porteur de projet** * **Les annexes (le cas échéant)** |

|  |
| --- |
| **Important**  Les réponses à cet AMI s’inscrivent dans une volonté affichée d’accompagnement des porteurs de projets de la part des 3 Régions (Grand Est, Hauts-de-France, Normandie) sur la thématique des protéines végétales.  Le remplissage détaillé des annexes (plan de financement et dépenses prévisionnelles) est conseillé pour faciliter l’instruction potentielle des projets par les Régions, si sélectionnés.  Veuillez noter que les services régionaux pourront revenir vers vous pour demander des pièces complémentaires pour les besoins de l’instruction de dossier. |

1. **FICHE D’IDENTITE DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PRESENTATION DU PROJET** | |
| Nom du projet |  |
| Résumé du projet  (maximum 800 caractères) |  |
| Objectifs du projet *(une ligne max/objectif)* |  |
| Dates de début et fin de projet | Du au |
| Budget global du projet |  |
| TRL de début et de fin du projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **RETOMBEES TERRITORIALES SUR LE PLAN FINANCIER, HUMAIN, SCIENTIFIQUE** | |
| Grand Est |  |
| Hauts-de-France |  |
| Normandie |  |

|  |
| --- |
| 1. **ORGANISATION DU PARTENARIAT** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du partenaire** | **Catégorie d’organisme1** | **Compétences apportées au projet** | **Apports du projet au partenaire2** | **Budget global du partenaire** | **Montant de l’aide sollicitée** |
| **Nom du porteur** |  |  |  |  |  |
| **Nom du partenaire 1** |  |  |  |  |  |
| **Nom du partenaire 2** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |

Pour les projets individuels, veuillez ne remplir que la partie liée au porteur.

*1 Catégorie d’organisme :**Entreprise, laboratoire, association, collectivité, etc…*

*2 Apports du projet au partenaire : Développement de connaissance, développement économique (nouveau marché), réduction de l’empreinte environnementale de son activité, etc...*

1. **DESCRIPTION DETAILLEE DU PROJET**

Les éléments suivants sont attendus dans la note de description du projet :

|  |
| --- |
| **Contexte et enjeux *(économiques, sociétaux, environnementaux, état de l’art des thématiques abordées, marché visé…)*** |
| *Vous pouvez indiquer ici la problématique à laquelle le projet tentera de répondre et une présentation des risques associés ainsi que les éléments de réponses pour les limiter et/ou les atténuer.* |

|  |
| --- |
| **Description du programme de RDI ou du partenariat** |
| *Vous pouvez indiquer ici les actions ou investissements prévus, présenter les partenaires du projet, présenter les modalités de gouvernance du projet collaboratif et la gestion de la propriété intellectuelle.* |
| **Résultats concrets attendus et indicateurs de succès du projet *(quantitatifs et qualitatifs)*** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME ET LIVRABLES** | | | | | |
| **Lot de travail** | **Objectif et description du lot** | **Livrables associés** | **Période de mise en œuvre** | **Responsable du lot de travail** | **Partenaires impliqués et rôles respectifs** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Vous pouvez intégrer ici un schéma organisationnel explicitant les liens entre les différents lots de travail, et/ou un diagramme de GANTT.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SYNTHESE DES DEPENSES PREVISIONNELLES** | | | | | |
|  | **Porteur** | **Partenaire 1** | **Partenaire 2** | **Partenaire 3** | **Total** |
| **Frais de personnel** |  |  |  |  |  |
| **Frais généraux et d’animation** |  |  |  |  |  |
| **Prestation et sous-traitance** |  |  |  |  |  |
| **Investissements, amortissements, autres…** |  |  |  |  |  |

Vous pouvez fournir en annexe des éléments détaillés par année de vos dépenses prévisionnelles.

1. **IDENTITE DU PORTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **IDENTITE DE LA STRUCTURE** | |
| Nom ou Raison Sociale  *(inscription KBIS) ou identité du laboratoire le cas échéant* |  |
| Forme juridique | SA  SAS  SARL  EURL  SCOP SCIC  Entreprise Individuelle  CAE  Association  Université  EPST  CRT  Autre (à préciser) : |
| Localisation géographique | ☐ Grand Est ☐ Hauts-de-France  ☐ Normandie |
| Adresse de l’établissement demandeur |  |
| Adresse du siège social si différente ou organisme de rattachement |  |
| Téléphone |  |
| Mél |  |
| Site web |  |
| Immatriculation | Date :  CMA  CCI  Autre : |
| N° SIRET ou SIREN de l’établissement le cas échéant |  |
| Vous attestez que votre structure n’est pas actuellement en procédure collective ou judiciaire. | |
| 1. **SECTEUR D’ACTIVITE** | |
| Secteur d’activité |  |
| Code APE si existant |  |
| 1. **RESPONSABLE LEGAL** | |
| Nom et Prénom\* |  |
| Fonction\* |  |
| Téléphone \* |  |
| Mél\* |  |
| 1. **PERSONNE A CONTACTER (si différente du responsable légal)** | |
| Nom et Prénom\* |  |
| Fonction\* |  |
| Téléphone \* |  |
| Mél\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **POUR LES ENTREPRISES** | |
| L’entreprise est-elle affiliée à un groupe ? | OUI  NON  Si OUI, lequel ?.....................   * joindre le Kbis et l’organigramme du groupe (CA, total bilan et effectif de chaque entreprise) |
| Effectif de la structure à la date de la demande |  |

*\*Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), les Régions Grand Est, Hauts-de-France et Normandie s’engagent à protéger la confidentialité de vos données personnelles (nom, fonction, téléphones, courriel) ; ces dernières seront exclusivement utilisées pour la gestion de votre dossier et pour l’envoi par les Régions de lettres d’informations et d’invitations relatives à leur action économique. Vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et d’opposition aux informations qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à* [*amiproteines@bioeconomyforchange.eu*](mailto:amiproteines@bioeconomyforchange.eu)

1. **LETTRE D’INTENTION (Modèle à dupliquer pour chaque partenaire)**

Je soussigné *(préciser le nom et* *prénom du représentant légal)* ……………………………………………………,

représentant légal de *(préciser le nom et la taille de la structure)* …………………………………………………,

Déclare participer au projet *(préciser le nom du projet et une description en quelques mots)* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

décrit dans le présent dossier,

localisé *(préciser la localisation du projet)* …………………………………………………………………………………………,

dont le déroulement est prévu du …………………. au ……………… *(préciser les dates de début et fin du projet)*,

dont la liste des coûts ainsi que le montant du financement public nécessaire sont mentionnés dans le présent dossier,

pour lequel je souhaite solliciter une aide régionale, nationale et/ou européenne.

Signature :

*NB : Vous pouvez intégrer ici une signature originale ou électronique validée du représentant légal du partenaire ou d’une personne expressément habilitée par lui à ce faire.*

1. **ACTE DE SOUMISSION DE CANDIDATURE**

Je soussigné *(préciser le nom et* *prénom du représentant légal)* ……………………………………………………,

représentant légal de *(préciser le nom et la taille de la structure)* …………………………………………………,

atteste faire acte de soumission de candidature pour le projet *(préciser le nom du projet et une description en quelques mots)* ………………………………………………………………………………………………………………………………

décrit dans le présent dossier,

localisé *(préciser la localisation du projet)* …………………………………………………………………………………………,

dont le déroulement est prévu du …………………. au ……………… *(préciser les dates de début et fin du projet)*,

dont la liste des coûts ainsi que le montant du financement public nécessaire sont mentionnés dans le présent dossier,

pour lequel je souhaite solliciter une aide régionale, nationale et/ou européenne.

Signature :

*NB : Vous pouvez intégrer ici une signature originale ou électronique validée du représentant légal du porteur de projet ou d’une personne expressément habilitée par lui à ce faire.*

**Annexes**

VI.Identité des partenaires

VII.Dépenses prévisionnelles

VII.Plan de financement

1. **IDENTITE DES PARTENAIRES**

**Important :** A dupliquer et compléter pour chaque partenaire

**Partenaire 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **IDENTITE DE LA STRUCTURE** | |
| Nom ou Raison Sociale  *(inscription KBIS) ou identité du laboratoire le cas échéant* |  |
| Forme juridique | SA  SAS  SARL  EURL  SCOP SCIC  Entreprise Individuelle  CAE  Association  Université  EPST  CRT  Autre (à préciser) : |
| Localisation géographique | ☐ Grand Est ☐ Hauts-de-France  ☐ Normandie ☐ Autre (à préciser) : |
| Adresse de l’établissement demandeur |  |
| Adresse du siège social si différente ou organisme de rattachement |  |
| Téléphone |  |
| Mél |  |
| Site web |  |
| Immatriculation | Date :  CMA  CCI  Autre : |
| N° SIRET ou SIREN de l’établissement le cas échéant |  |
| Vous attestez que votre structure n’est pas actuellement en procédure collective ou judiciaire. | |
| 1. **SECTEUR D’ACTIVITE** | |
| Secteur d’activité |  |
| Code APE si existant |  |
| 1. **RESPONSABLE LEGAL** | |
| Nom et Prénom\* |  |
| Fonction\* |  |
| Téléphone \* |  |
| Mél\* |  |
| 1. **PERSONNE A CONTACTER (si différente du responsable légal)** | |
| Nom et Prénom\* |  |
| Fonction\* |  |
| Téléphone \* |  |
| Mél\* |  |
| 1. **POUR LES ENTREPRISES** | |
| L’entreprise est-elle affiliée à un groupe ? | OUI  NON  Si OUI, lequel ?.....................  joindre le Kbis et l’organigramme du groupe (CA, total bilan et effectif de chaque entreprise) |
| Effectif à la date de la demande |  |

1. **DEPENSES PREVISIONNELLES**

**Important :** A dupliquer et compléter pour chaque partenaire

**Partenaire entreprise ou association**



**Partenaire scientifique**



1. **PLAN DE FINANCEMENT**

**Important :** A dupliquer et compléter pour chaque partenaire

**ENTREPRISE OU ASSOCIATION**

*Ce tableau est au format Excel, double-cliquez afin de le remplir en veillant à ne pas modifier les formules et la mise en page.*



**PARTENAIRE SCIENTIFIQUE**

*Ce tableau est au format Excel, double-cliquez afin de le remplir en veillant à ne pas modifier les formules et la mise en page.*

**